FACULTE de MEDECINE de CAEN

Année : 1970 N° 27

# THESE

pour le

# DOCTORAT en MEDECINE

(Diplôme d'état)

## ETUDE DES RESULTATS DE 72 HERNIES DISCALES TRAITEES CHIRURGICALEMENT

par

Jean-Daniel LESAGE

Né le 10 Septembre 1945 à LAIGLE (61)

PRESENTEE ET SOUTENUE PUBLIQUEMENT LE 23 octobre 1970

PRESIDENT : M. le Professeur P. LACROIX

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41542711_0024

Reproduction du sceau original de la Faculté de Médecine de CAEN, fondée en 1438

Imprimé à Caen par A.C.E.M.C. Polycopie

Par délibération en date du 29 mars 1969, la Faculté a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation, ni improbation.

FACULTE DE MEDECINE ET DE PHARMACIE DE CAEN

## PROFESSEURS

| | | |
|---|---|---|
| MM. | PORIN | Clinique médicale A |
| | BONNET | Clinique obstétricale |
| | GUIBE | Clinique chirurgicale A |
| | LACROIX | Clinique et pathologie chirurgicales B |
| | LEMAIRE | Physiologie |
| | LEMENAGER | Pathologie générale et expérimentale |
| | LE TALAER | Toxicologie |
| | LHIRONDEL | Clinique médicale infantile |
| | MARCY | Pharmacodynamie |
| | OLIVIER | Clinique médicale B |
| | PHELINE | Anatomie |
| | POULAIN | Médecine opératoire |
| | ROBBA | Pharmacie chimique |
| | SAVINI | Pharmacologie |
| | VALLA | Médecine géénrale et thérapeutique |
| | VILLEY | Clinique médicale C |

## PROFESSEURS AGREGES

| | | |
|---|---|---|
| MM. | BRION | Psychiâtrie |
| | CAEN | Hématologie, sérologie, immunologie |
| | CATTAN | Médecine générale et thérapeutique |
| | DAVERNE | Electro-radiologie |
| | DESCHAMPS | Dermatologie |
| | DROSDOWSKY | Biochimie médicale |
| | EVRARD | Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire |
| | FABRE | Physiologie |
| | FERNANDEZ | Physique médicale |
| | FOUCAULT | Médecine générale et médecine expérimentale |
| | GAUBERTI | Médecine Préventive, Santé Publique, Hygiène |
| | GEORGES | Zoologie |
| | GUIHARD | Médecine générale |
| | IZARD | Histologie et embryologie |
| | KOCH | Matière médicale |
| | LEVY | Gynécologie et obstétrique |
| | LOYAU | Rhumatologie |
| | MOREL | Bactériologie, parasitologie, virologie |
| | MORIN | Neurologie |
| | PAYS | Chimie analytique |
| | PIN | Biochimie médicale |
| | POILPRE | Psychiâtrie |
| | ROQUES | Chimie organique |
| | ROUSSELOT | Anatomie pathologique |
| | THERET | Histologie et embryologie |
| | VENEZIA | Pédiâtrie |

A Monsieur le Professeur LACROIX

Professeur de Clinique Chirurgicale

Qui nous a fait le grand honneur de présider cette thèse.

Qu'il veuille trouver ici l'assurance de notre respectueuse gratitude.

A Monsieur le Docteur ADAM
Chirurgien des Hôpitaux

A Monsieur le Docteur LOYAU

A Monsieur le Professeur POILPRE
Professeur de neurologie et psychiatrie

Qui ont accepté de composer le jury de cette thèse.

Avec tous nos remerciements.

A Monsieur le Docteur LAVIGNE

Chirurgien du Centre Hospitalier d'Alençon 61

Qui a bien voulu nous confier ce travail.

Nous le remercions du temps qu'il a bien voulu nous accorder, ainsi que des nombreux conseils qu'il nous a prodigué.

A la mémoire de mes grands-parents

A ma grand'mère

A ma mère

En témoignage de toute ma tendresse.

A mon père

Qui a toujours su me conseiller et être pour moi autant un ami qu'un père.

Qu'il trouve ici le témoignage de toute mon admiration et de ma sincère affection.

A ma femme

En remerciement de son aide et en témoignage de mon amour.

A ma fille Caroline

A mes beaux-parents

A tous mes amis, en particulier Rémi Ferey

Qui fut pour moi un soutien constant tout au long de mes études.

Aux Médecins du Centre Hospitalier d'Alençon

Qui m'ont accueilli avec gentillesse dans leur service.

Docteur BAILLEUL

Docteur BELLAIR

Docteur BOCQUEHO

Docteur BRISSET

Docteur COUDER

Docteur DUBOIS

Docteur LANGE

Docteur LAVIGNE

Docteur MEURISSE

Docteur MUTRICY

Docteur ROGER

Docteur ROUYER

# E T U D E

# D E S  R E S U L T A T S

# D E

# 72  H E R N I E S  D I S C A L E S

# T R A I T E E S  C H I R U R G I C A L E M E N T

-:-:-:-:-

# I N T R O D U C T I O N

-:-:-:-:-:-:-:-:-

Ce travail est consacré à l'étude des résultats à distance de 72 cas de sciatiques traitées chirurgicalement et particulièrement des récidives lombalgiques ou sciatalgiques.

Nous n'avons retenu que les dossiers de sciatiques L5 ou S1 ayant les caractères de la sciatique vertébrale commune par conflit disco-radiculaire, éliminant ainsi les sciatalgies symptomatiques :

- d'un cancer vertébral primitif ou secondaire
- d'un neurinome ou méningiome
- d'un rhumatisme inflammatoire
- d'une arthrose vertébrale, spondylolisthésis ou fracture parcellaire ; sans méconnaître que certains échecs ou récidives avaient une origine non discale comme nous le verrons dans quelques observations.

Au cours de cette étude, nous ferons successivement :

- une constatation des résultats globaux.
- une analyse de ces résultats en fonction de certains critères tels que l'âge du malade et le type de hernie.
- un essai pour dégager les conditions cliniques et radiologiques essentielles en pré-opératoire afin d'obtenir le meilleur résultat possible en post-opératoire.

CHAPITRE PREMIER

-:-:-:-:-:-:-

Méthode De Travail

Répartition des Malades

---

## I - METHODE DE TRAVAIL

Pour cette étude, nous avions à notre disposition 85 fiches de malades ayant subi de 1955 à 1970 une intervention pour sciatique.

Nous nous sommes fixé la date limite du 1er Janvier 1970 afin que le recul post-opératoire ne soit jamais inférieur à 6 mois.

Toutes les indications opératoires ont été posées par le Docteur LAVIGNE, chirurgien du Centre Hospitalier d'ALENCON -61- et tous les malades ont été opérés par lui au cours des quinze dernières années.

Pour satisfaire ces conditions de travail, treize dossiers ont été retirés de notre série :

- cinq dossiers de malades dont le recul est inférieur à six mois.
- trois dossiers de malades ayant été opérés en dehors du service antérieurement et pour lesquels le Docteur LAVIGNE a pratiqué une ré-intervention.

- cinq dossiers de malades ayant été opérés dans le service pour lombo-cruralgies ou hernies discales des espaces L2 L3 ou L3 L4.

Il s'agit donc d'une série homogène de 72 cas de sciatiques opérées par le Docteur LAVIGNE, et suivi par lui-même en consultation depuis l'intervention

Pour les malades non revus récemment ou lorsque le recul était supérieur à sept ans, nous avions établi une fiche de renseignements cliniques adressée au médecin traitant ou parfois au malade lui-même.

Les questionnaires comportaient plusieurs chapitres où il était demandé aux malades :

- s'ils avaient souffert depuis l'intervention, si oui, en précisant la topographie, les circonstances déclenchantes éventuelles et enfin les thérapeutiques appliquées.
- s'ils portaient un lombostat
- s'ils avaient repris le travail et après combien de temps - temps partiel ou complet.
- s'ils avaient des remarques à formuler.

Pour les malades revus en consultation post-opératoire, il fut établi une fiche type collectant les divers renseignements de l'examen et en particulier :

1°/ Age du malade lors de l'intervention.

2°/ Profession avant l'intervention.

3°/ Date d'apparition des premiers signes de détérioration discale et son mode d'apparition : spontané ou provoqué.

4°/ Date d'apparition des premiers signes de

souffrance radiculaire et intervalle entre ces deux dates, s'il y a lieu.

5°/ Nombre de crises sciatalgiques avant celle qui a conduit à l'intervention.

6°/ Durée de cette dernière crise.

7°/ Examen clinique avant l'intervention

- topographie des douleurs
- attitude antalgique
- raideur du rachis
- points douloureux para-épineux
- signe de Lasègne
- troubles sensitifs objectifs
- troubles moteurs
- troubles des réflexes, en particulier Achilléens
- autres signes cliniques éventuellement associés.

8°/ Examen radiologique pré-opératoire

- simple :

  a/ recherche des signes en faveur de la hernie discale : bâillement et pincement discal.

  b/ signes associés : arthrose - anomalies transitionnelles.

- Myélographie

9°/ Examens complémentaires :

- vitesse de sédimentation

10°/ Compte-rendu opératoire

A- Etage abordé : exploration discale simple ou double.

B- Largeur de l'espace abordé

C- Constatations opératoires :

- état du ligament jaune
- état du disque
- état de la racine.

D- Type d'intervention

11°/ Examen clinique post-opératoire

A- Complications éventuelles

B- Thérapeutiques : antalgiques - corticoïdes - lombostat

C- ré-interventions après nouveau bilan clinique et radiologique.

12°/ Examen clinique lors de la dernière consultation :

A- Age à cette date

B- Profession : changement de métier éventuel

C- Signes objectifs et subjectifs résiduels

## II - REPARTITION DES MALADES

Sur les 85 opérés, 72 dossiers ont été retenus. Nous allons étudier maintenant leur répartition.

- selon le sexe
- selon l'âge du malade lors de l'intervention (la première opération si une réintervention a été jugée nécessaire).
- selon l'étage de la hernie discale retrouvée lors de l'opération.

A- Selon le SEXE

pour un total de 72 malades, nous avons :

Hommes : 41 - soit 57 %

Femmes : 31 - soit 43 %

B- Selon l'AGE

| AGE | NBRE MALADES |
|---|---|
| 20-30 ans | 10 |
| 31-40 ans | 23 |
| 41-50 ans | 27 |
| 51-60 ans | 10 |
| 61 et plus | 2 |

Il ressort que le plus grand nombre de cas se situe dans la tranche 31-50 ans, période de la plus grande activité physique de l'homme, mais également début d'usure discale : 52 cas sur 72, soit environ 72 % des cas étudiés.

C- Selon le RECUL

| ANNEES | NBRE MALADES |
|---|---|
| 1 an | 13 |
| 2 " | 7 |
| 3 " | 7 |
| 4 " | 7 |
| 5 " | 6 |
| 6 " | 6 |
| 7 " | 2 |
| 8 " | 6 |
| 9 " | 5 |
| 10 et plus | 14 |

Aucune remarque particulière, si ce n'est la relative constance du nombre d'interventions depuis près de quinze ans.

D- Selon l'ETAGE DE LA HERNIE

Après avoir exclu de ce tableau les 5 cas où la hernie n'a pu être mise en évidence lors de l'intervention, on note la nette prédominance des hernies de l'espace L4 L5 sur celles de l'espace L5 S1 :

- Hernies L4 - L5 .... 43 sur 67 hernies discales
- Hernies L5 - S1 .... 24

---

## CHAPITRE DEUXIEME

-:-:-:-:-

## Résultats

---

Nous envisagerons tout d'abord les résultats globaux puis, suivra une étude analytique de ces résultats en fonction d'un certain nombre de facteurs susceptibles de modifier l'appréciation des résultats d'ensemble.

### I - RESULTATS GLOBAUX

Nous avons classé les malades en cinq catégories selon certains critères.

#### A- Très bon résultat

1°/ Absence de toute douleur lombaire ou radiculaire.

2°/ Examen clinique négatif :
- rachis souple et indolore
- pas de signe de Lasègne
- Examen neurologique normal

3°/ Exercice de la même profession.

Dans cette catégorie, nous avons rangé 26 dossiers, soit environ 35 % des cas.

B- Bon résultat

1°/ Opérés satisfaits mais ressentant parfois quelques rappels lombalgiques ou sciatalgiques légers et fugaces lors d'un effort violent ou prolongé.

2°/ Examen clinique négatif

3°/ Exercice de la même profession.

Nous en avons classé 25 cas, soit environ 35 % des dossiers.

C- Résultat moyen

1°/ Opérés nettement améliorés, mais avec persistance d'une lombalgie ou sciatalgie permanente ou intermittente moins intense qu'avant l'intervention ; ou bien existence de crampes ou paresthésies gênantes.

2°/ A l'examen
- soit légère raideur du rachis.
- soit un signe de Lasègue voisin de 70°
- soit un trouble neurologique persistant.

3°/ Exercice d'une profession douce ou d'un travail de force mais non à temps complet.

Ces résultats moyens représentent 20 % des cas, soit 14 malades.

D- Résultat médiocre

1°/ Douleur peu modifiée par l'intervention

2°/ Examen clinique également peu modifié

3°/ Profession douce ou souvent interrompue par des arrêts de travail.

Les cinq cas classés dans cette catégorie représentent 7 % des dossiers.

E- Mauvais résultat

1°/ Douleur non modifiée par l'intervention

2°/ Examen clinique non modifié également

3°/ Exercice de toute profession impossible ou presque.

Nous avons deux mauvais résultats, soit 3 % de la série.

Au total, les différents critères énoncés ci-dessus, ont permis de résumer les résultats dans ce tableau :

| RESULTATS | NOMBRE | POURCENTAGE |
|---|---|---|
| Très bon | 26 | 35 % |
| Bon | 25 | 35 % |
| Moyen | 14 | 20 % |
| Médiocre | 5 | 7 % |
| Mauvais | 2 | 3 % |

Cependant, il convient de noter qu'un certain nombre de malades ayant fait des rechutes sciatalgiques ont pû être classés dans les bons résultats, car soulagés rapidement et de façon définitive.

C'est le cas pour les malades 1-6-25-27 que nous étudierons par la suite.

## II - ETUDE ANALYTIQUE DES RESULTATS

Dans ce chapitre, nous étudierons particulièrement :

a - les résultats en fonction du sexe - de l'âge - du recul et du côté atteint.

b - les résultats des cas où une hernie discale a été trouvée à l'intervention et nous préciserons ces résultats suivant le siège et le type de la hernie découverte.

A - Suivant le SEXE

| | | HOMMES | | FEMMES | | HOMMES | | FEMMES | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | Nbre | % | Nbre | % | Nbre | % | Nbre | % |
| BONS ECHECS | T.B. | 16 | 61 % | 10 | 39 % | 27 | 65 % | 24 | 80 % |
| | B. | 11 | 44 % | 14 | 56 % | | | | |
| | MOYEN | 9 | 64 % | 5 | 36 % | | | | |
| | MED. | 4 | 80 % | 1 | 20 % | 14 | 35 % | 7 | 20 % |
| | MAUV. | 1 | 50 % | 1 | 50 % | | | | |
| | TOTAL | 41 | | 31 | | 41 | | 31 | |

De ce double tableau, nous pouvons tirer plusieurs conclusions :

- Pour les bons résultats

1° - Si le nombre global de très bons et bons résultats se répartit à peu près également entre les deux sexes, le pourcentage de bons résultats (T.B. et B. réunis) est nettement en faveur du sexe féminin - 80 % contre 65 % pour les hommes -.

2° - Cependant, les très bons résultats sont beaucoup plus fréquents chez l'homme, peut-être du fait de la musculature plus puissante ainsi que la facilité de récupération plus grande.

3° - A l'inverse, les bons résultats sont plus fréquents chez la femme - 56 % contre 44 % -.

Les grossesses ultérieures sont peut-être une des causes de la dégradation progressive de la situation.

- Pour les résultats moyens et échecs

1° - Le pourcentage global est nettement en faveur des hommes - 35 % contre 20 % chez les femmes -.

2° - Si les très mauvais résultats s'équilibrent, nous ne pouvons en tenir compte du fait du trop petit nombre.

3° - Par contre, nous devons retenir la très forte proportion masculine parmi les résultats moyens et médiocres dont ils représentent respectivement 64 % et 80 % des cas.

En conclusion, nous pourrions dégager un pronostic légèrement plus favorable pour le sciatique féminine.

B- Suivant l'AGE du malade

| | 20-30ans | 31-40ans | 41-50ans | 51-60ans | 60 ans | TOTAL |
|---|---|---|---|---|---|---|
| T.B. | 3 | 8 | 10 | 5 | 0 | 26 |
| B. | 3 | 7 | 10 | 3 | 2 | 25 |
| MOYENS | 2 | 6 | 5 | 1 | 0 | 14 |
| MEDIOC. | 1 | 1 | 2 | 1 | 0 | 5 |
| MAUVAIS | 1 | 1 | 0 | 0 | 0 | 2 |
| TOTAL | 10 | 23 | 27 | 10 | 2 | 72 |

1° - C'est dans la catégorie 31-50 ans que nous retrouvons le plus de cas de sciatiques (50 sur 72), mais c'est également à cette période que correspond la plus grande chance de succès de l'intervention : 35 bons résultats sur les 50 opérés de cette tranche d'âge.

Parmi l'ensemble des résultats favorables (T.B. et B.), 70 % des opérés étaient dans cette tranche favorable de 31-50 ans (35 sur 51)

2° - Pour les bons résultats des deux opérés de plus de 60 ans (1 homme et 1 femme), nous pensons que leur colonne vertébrale, bien que moins parfaite sur les plans physiologique et anatomique, est moins soumise à de violents efforts qu'auparavant, cette absence de surmenage dans les suites opératoires pouvant jouer un rôle primordial.

3° - Deux échecs véritables dans la catégorie de 20 à 40 ans, mais il s'agit de deux accidents de travail (obs 19-20), cette notion d'accident de travail pouvant considérablement modifier le résultat du traitement.

En conclusion, le pronostic serait plus favorable pour les adultes de moins de 50 ans.

C- Suivant le RECUL depuis l'intervention

| | 1 an | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | TOTAL |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| TB | 4 | 4 | 1 | 1 | 3 | 1 | 1 | 3 | 3 | 5 | 26 |
| B | 5 | 0 | 3 | 2 | 3 | 4 | 0 | 1 | 1 | 6 | 25 |
| MOY. | 4 | 2 | 2 | 2 | 0 | 1 | 0 | 1 | 1 | 1 | 14 |
| MED. | 0 | 1 | 1 | 1 | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | 1 | 5 |
| MAUV. | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | 2 |
| TOTAL | 13 | 7 | 7 | 7 | 6 | 6 | 2 | 6 | 5 | 14 | 72 |

A la lecture de ce tableau, nous pouvons considérer comme résultat à peu près définitif celui obtenu à la fin de la quatrième année après l'intervention.

Passé ce délai, le résultat acquis peut être considéré comme stabilisé et même susceptible de s'améliorer ; l'accoutumance à la douleur n'étant pas à l'origine de cette amélioration.

En conclusion, la période délicate des récidives et autres véritables complications est celle des deux premières années. Les séquelles semblant stables après deux ans, le pronostic lointain pourrait être avancé assez précocement dans les deux années suivant l'intervention.

D- Résultats des cas où la hernie discale a été confirmée par l'intervention

Sur les 72 malades opérés, la hernie discale a été retrouvée 67 fois.

| RESULTATS | NOMBRE DE CAS | POURCENTAGE | TOTAL |
|---|---|---|---|
| T.B. | 24 | 36 % | 72 % |
| B. | 24 | 36 % | |
| MOYENS | 13 | 20 % | 20 % |
| MEDIOCRES | 4 | 6 % | 8 % |
| MAUVAIS | 2 | 2 % | |

Au total, nous retrouvons :

- 48 bons et très bons résultats soit 72 %.
- 13 résultats moyens soit 20 %.
- 6 résultats médiocres ou mauvais malgré l'existence de la hernie soit 8% des cas.

Parmi les 5 cas où la hernie discale n'a pu être mise en évidence lors de l'intervention malgré l'exploration des disques L4 - L5 et L5 - S1, nous retrouvons :

- 2 très bons résultats.
- 1 bon résultat.
- 1 moyen
- 1 médiocre.

Il est à remarquer que parmi ces 5 cas sans hernie, nous avons :

- deux résultats insuffisants (1 moyen et 1 médiocre)

  1° - Un cas où la hernie semble plutôt être L3-L4 alors que l'exploration a porté sur les disques L4-L5 et L5-S1.

  Une myélographie a confirmé ce diagnostic topographique mais le malade n'a pas encore été ré-opéré (obs. 26).

  2° - Un cas de lombo-sciatique à bascule chez un accidenté du travail dont les troubles sensitifs subjectifs exagérés ont peut-être poussé le chirurgien à une exploration discale alors que l'examen n'était pas éloquent (obs. 22).

- trois bons résultats (2 T.B. - 1 B.)

  3° - Un cas où la racine était adhérente au ligament vertébral postérieur ; l'intervention a consisté à libérer la racine.

  4° - Un cas où les lombalgies accusées par le malade dans les suites opératoires ont pu être attribuées à un genou instable post-traumatique.

  Une arthrodèse de ce genou a d'ailleurs soulagé le malade. L'origine des lombalgies était peut-être plus au niveau du genou qu'à celui du disque vertébral.

5° - Un cas où le malade a été opéré pour troubles sensitifs et trophiques nets sans sciatalgie ni lombalgie.

L'intervention fut blanche mais le résultat bon !

En conclusion, parmi ces cinq opérés, une seule intervention était vraiment justifiée puisqu'une lésion était retrouvée.

Pour tous les autres cas, le tableau clinique incomplet aurait dû amener à douter de la nécessité d'intervenir.

E- Résultats suivant le siège de la hernie discale

Nous avons dans notre série :

- 43 hernies discales L4 - L5
- 24 " " L5 - S1

Donc, très nette majorité pour les hernies L4-L5.

| Siège... | L4 - L5 | | L5 - S1 | |
|---|---|---|---|---|
| RESULTATS | Nbre | Pourcent. | Nbre | Pourcent. |
| T.B. | 14 | 66 % | 10 | 82 % |
| B. | 14 | | 10 | |
| MOYENS | 10 | 22 % | 3 | 13 % |
| MEDIOCRES | 3 | 7 % | 1 | 5 % |
| MAUVAIS | 2 | 5 % | 0 | 0 % |

Des signes cliniques plus objectifs et indiscutables tels que l'abolition du réflexe Achilléen ont permis au chirurgien d'intervenir plus simplement dans les cas de sciatique S1.

Or, nous verrons l'importance d'une intervention simple dans les suites opératoires. Il est à remarquer, à ce sujet, l'importance de résultats moyens dans les sciatiques L5.

Les séquelles mineures accusées par les malades de cette catégorie ont-elles comme origine une intervention plus compliquée ?

En conclusion, les résultats semblent meilleurs pour les hernies de l'étage L5-S1 - 82 % de Bons et T.B. contre 66 % pour l'étage L4-L5 - Cependant, le grand pourcentage de résultats moyens à ce niveau L4-L5 doit inciter la prudence pour dégager un pronostic plus favorable des sciatiques L5-S1.

Nous avons également constaté qu'en cas d'anomalie transitionnelle, la hernie discale devait être suspectée surtout s'il s'agit d'une anomalie unilatérale car elle favorise l'apparition de la hernie. Une greffe complémentaire se révèle nécessaire dans bon nombre de ces cas.

---

## CHAPITRE TROISIEME

-:-:-:-.-:-

## ETUDE COMPARATIVE CLINIQUE, RADIOLOGIQUE et CHIRURGICALE DES SUCCES ET ECHECS DU TRAITEMENT CHIRURGICAL.

---

Pour vingt et un malades, nous avons considéré le traitement chirurgical comme un échec et ce, pour les raisons suivantes :

- Douleur persistante ou transitoire, sciatalgique ou lombalgique non rapidement soulagée par les thérapeutiques habituelles : repos - antalgiques - corticothérapie ou lombostat temporaire.

- Changement de métier ou travail nettement diminué dans son rendement.

Nous envisagerons successivement les dossiers sur les plans clinique - radiologique - chirurgical et évolution post-opératoire.

Sur les 21 dossiers, on retrouve :

- 2 mauvais résultats.
- 5 résultats médiocres.
- 13 résultats moyens.

Nous rappelons à nouveau que certaines récidives franches, sciatalgiques ou lombalgiques, ayant conduit à la

ré-intervention (7 au total) ont pu être finalement classées en résultats favorables après cette dernière opération.

Seul le résultat définitif compte et tous ces malades ont été soulagés par la ré-intervention, comme nous le verrons plus tard.

## I : ETUDE CLINIQUE

### A : MODE D'APPARITION DES PREMIERS SIGNES DE SOUFFRANCE DISCO - RADICULAIRE

Les dossiers furent classés en deux groupes :

- Apparition spontanée : 39 cas, soit 54 % des 72 dossiers.

- Apparition provoquée : 33 cas, soit 46 % des 72 dossiers.

Cette différence trop nette entre les deux catégories doit être nuancée et en fait, nous ne retiendrons comme certains que les résultats de sciatiques à début brutal déclenchées par un effort violent.

| | Spontanées | Provoquées |
|---|---|---|
| Très bon | 18 | 8 |
| Bon | 17 | 8 |
| Moyen | 3 | 11 |
| Médiocre | 1 | 4 |
| Mauvais | 0 | 2 |
| TOTAL | 39 | 33 |

Nous relevons dans ce tableau :

- La grande majorité de résultats favorables lorsque le début de la sciatique est spontané, sans notion d'effort violent.

- Le grand nombre de résultats moyens des sciatiques "provoquées".

- L'incertitude du résultat final des interventions sur sciatiques "provoquées".

Cependant, il est à remarquer que dans cette dernière catégorie sont classés les accidents du travail. Le blessé étant alors dans un climat psychologique de revendication consciente ou non, nous serons amenés à ne poser qu'avec circonspection l'indication chirurgicale chez un accidenté du travail.

B : ANCIENNETE DE LA LOMBALGIE LORS DE L'INTERVENTION

| | moins 1 an | plus 1 an |
|---|---|---|
| SUCCES | 20 | 31 |
| ECHECS | 5 | 16 |

Au delà d'un an, les résultats du traitement chirurgical semblent moins favorables.

C : ANCIENNETE DE LA PREMIERE SCIATIQUE LORS DE L'INTERVENTION.

| | moins 1 an | plus 1 an |
|---|---|---|
| SUCCES | 41 | 11 |
| ECHECS | 10 | 10 |

Ce tableau démontre l'intérêt des interventions relativement précoces, lors de la première année de la sciatique.

Passé ce délai, les résultats s'équilibrent.

En dehors des indications très précises d'une intervention d'urgence :

- sciatique hyperalgique.
- sciatique paralysante, il est souhaitable d'attendre pendant un trimestre l'échec des diverses thérapeutiques médicales bien conduites.

Par ailleurs, le nombre de crises sciatalgiques avant l'intervention n'a guère d'influence sur le résultat ultérieur.

- pour 10 des 21 échecs, il s'agissait de la 1ère crise (47,5 %)
- pour 27 des 51 succès, il s'agissait également de la 1ère crise (53 %).

## D : PROFESSION AVANT L'INTERVENTION

Nous avons classé les opérés en quatre catégories de professions.

1 : sans profession

2 : travail assis ou ménagères

3 : efforts non permanents avec station debout non prolongée.

4 : efforts permanents.

Parmi les 21 échecs, nous retrouvons :

- 2 malades de la catégorie 1
- 2 malades de la catégorie 2
- 12 malades de la catégorie 3
- 5 malades de la catégorie 4

| Catégorie | I | II | III | IV |
|---|---|---|---|---|
| SUCCES | 4 | 12 | 27 | 8 |
| ECHECS | 2 | 2 | 12 | 5 |
| TOTAL | 6 | 14 | 39 | 13 |

En comparant les professions avec les bons résultats, nous pouvons formuler quelques remarques :

- Les échecs sont peu fréquents dans les catégories 1 et 2, surtout dans la catégorie n° 2
- Les professions nécessitant de gros efforts physiques - n° 3 et n° 4 - sont les grandes fournisseuses d'échecs.
  Cependant nous retrouvons dans ces catégories beaucoup de résultats moyens mais incompatibles avec le métier précédemment exercé et tous les accidents du travail.

## E : EXAMEN CLINIQUE PRE-OPERATOIRE.

Les échecs avaient-ils quelques particularités dans la symptomatologie clinique ?
Si oui, il serait intéressant de pouvoir les découvrir en établissant le bilan pré-opératoire du malade.

### 1 - COTE ATTEINT :

Les sciatiques gauches sont les plus fréquentes (60 %) mais parmi les échecs nous ne retrouvons pas de différence nette.

### 2 - TOPOGRAPHIE DES DOULEURS

Pour la topographie L5 nous avons retenu le trajet douloureux allant de la face postéro-externe de la cuisse au dos du pied et deux premiers orteils en passant par les faces postéro-externe et antéro-externe de la jambe.

Pour S1 : face postérieure de la cuisse et de la jambe, gouttière retro-malléolaire externe, talon, plante du pied et dernier orteil.

Pour les échecs nous retrouvons :

- 15 cas de hernie discale L4-L5
  - 6 fois topographie pure L5
  - 8 fois topographie douteuse
  - 1 fois topographie S1 pure
- 4 cas de hernie discale L5 S1
  - 3 fois topographie pure S1
  - 1 fois topographie douteuse

- 2 cas sans hernie discale
- 2 fois topographie L5 douteuse.

Les topographies pures mais aberrantes parce que ne correspondant pas à l'étage attendu, telle qu'une douleur de topographie S1, peuvent être données par une hernie para-médiane du disque L4 L5.

La comparaison avec les bons résultats ne permet pas de donner une notion pronostic formelle à la topographie de la douleur.

3 : INTENSITE DE LA DOULEUR.

Les sciatiques hyperalgiques sont de pronostic très favorable : 5 cas ayant tous eu un bon résultat. Par contre on ne peut conclure à l'échec des sciatiques peu douloureuses.

4 : ATTITUDE ANTALGIQUE

L'inflexion antalgique lombaire laisse présager d'un bon résultat post-opératoire puisqu'elle était mise en évidence dans 65 % des bons résultats contre 28 % aux échecs.

5 : POINTS DOULOUREUX PARA-EPINEUX - SIGNE DE LA SONNETTE.

Ces signes sont beaucoup trop inconstants pour leur attribuer une quelconque valeur pronostic.
Néanmoins, dans les cas où le chirurgien n'a pas retrouvé de hernie discale, nous n'avons jamais observé de signe de la sonnette en pré-opératoire ; ce qui donne la valeur de ce symptome lorsqu'il est présent.

6 : SIGNE DE LASEGUE :

Nous avons pris 45° pour limite d'angle d'apparition du signe de Lasègue et répartis les malades en deux groupes : angle supérieur ou inférieur à 45° du côté de la douleur sciatique.

Pour 21 échecs nous avons 12 fois un angle inférieur ou égal à 45°, soit 60 %.

Pour 51 bons résultats nous avons 35 cas, soit 70 %, donc différence peu significative.

7 : TROUBLES SENSITIFS OBJECTIFS.

Que ces troubles sensitifs soient à type d'anesthésie ou d'hypoesthésie tactile, nous ne les retrouvons avec une topographie identique à la sciatique que dans 7 cas sur 21 échecs (30 %) et 14 sur 51 bons résultats (27 %) soit environ le même pourcentage de fréquence.

Nous avons remarqué que parmi les hernies du disque L4 L5 aucune n'avait de troubles sensitifs de topographie S1 franche, d'où la grande valeur localisatrice de ces troubles sensitifs objectifs.

8 : TROUBLES MOTEURS.

Une parésie des muscles du territoire innervé par la racine étudiée, L5 ou S1, ne peut être retenue comme élément pronostic car nous avons le même pourcentage de fréquence (20 %) pour les bons résultats et les échecs.

Il faut signaler que de nombreuses observations étaient muettes à ce sujet.

9 : TROUBLES OU MODIFICATION DES REFLEXES OSTEO-TENDINEUX.

Parmi les échecs de sciatiques L5 nous retrouvons (15 cas).

- 2 abolitions du réflexe Achilléen
- 9 conservations
- 4 diminutions.

Pour les sciatiques S1 (4 cas).

- 3 abolitions.
- 1 conservation.

Pour les sciatiques sans hernie discale (2 cas).

- 1 conservation.
- 1 diminution.

Il en ressort que l'abolition de réflexe Achilléen est un des meilleurs signes de hernie discale du type S1 et ce symptome permet une meilleure intervention car il oriente d'emblée le chirurgien vers cet espace L5 S1, d'où les suites opératoires favorables et le pourcentage de succès.

En conclusion :

D'après l'étude des résultats du tableau ci-dessous, nous pensons que les critères indispensables de la sciatique par hernie discale doivent être sérieusement examinés avant l'intervention, en effet ;

- les sciatiques avec signes cliniques nets sont soldés de 14 % d'échecs seulement alors que
- les sciatiques sans signes cliniques nets ont un pourcentage de mauvais résultats de 40 %.

| | Nombre | BONS | ECHECS |
|---|---|---|---|
| SCIATIQUES HYPERALGIQUES | 5 | 5 | 0 |
| SIGNES CLINIQUES NETS | 24 | 20 | 4 |
| SANS SIGNES CLINIQUES NETS | 43 | 26 | 17 |

L'existence de signes cliniques nets étant de pronostic très favorable, nous avons pu dégager de l'étude précédente les résultats suivants :

- Une topographie douteuse était plutôt de mauvais pronostic.
- Une attitude antalgique laissait présager d'un bon résultat.
- Le signe de la sonnette affirme presque la hernie discale mais ne peut laisser entrevoir le résultat final.
- L'abolition franche du réflexe Achilléen oriente d'emblée sur S1 et permet une exploration rapide et simple, gage de succès.

II : ETUDE RADIOLOGIQUE

1 - Pour l'examen radiologique simple, nous avons retenu comme signes en faveur d'une hernie discale :

- Pincement discal global.
- Pincement latéral électif.
- Baillement postérieur.
- Baillement latéral postérieur.
- Baillement latéral électif.
- Pincement postérieur.

Nous rechercherons en plus les anomalies traditionnelles.

2 - Pour la saccoradiculographie, trois types d'images évocatrices.

- Encoche traduisant directement l'atteinte de la racine.
- Amputation révélant indirectement la compression radiculaire.
- Elargissement de la racine.

Pour les échecs :

Sur les 21 radiographies simples, nous n'avons retrouvé que neuf fois des signes nets en faveur d'une hernie discale.

Sur les 9 saccoradiculographies pratiquées, six ont fait la preuve de la hernie discale.

Pour les résultats favorables :

Sur les 51 radiographies simples nous avons retrouvé 28 fois les signes de la hernie discale.

Sur les 20 saccoradiculographies, 18 ont fait la preuve de la hernie discale.

En conclusion :

En l'absence de signes cliniques nets, nous avons pratiqué la saccoradiculographie.

Cet examen pratique et précieux, bien que non dépourvu de séquelles (nous n'avons pas de séquelles majeures mais un cas où les céphalées ont persisté plusieurs mois), doit être réservé aux malades porteurs d'un tableau incomplet de sciatique.

Si la radiculographie ne fait pas la preuve de la hernie discale, l'intervention doit être différée.

## III : AUTRES EXAMENS POST-OPERATOIRES.

La vitesse de sédimentation, pratiquée systématiquement dans le bilan pré-opératoire doit être normale.

Nous avons un cas de malade opérée malgré une vitesse de sédimentation accélérée avec polynucléose : ce fut un échec immédiat avec amélioration très lente. (Obs. n° 9)

L'examen du liquide céphalo-rachidien pratiqué lors des saccoradiculographies était toujours normal.

IV : ETUDE ANATOMIQUE ET CHIRURGICALE :

L'abord large avec excision bilatérale des deux ligaments jaunes fut le plus souvent pratiqué.
Les complications sciatalgiques controlatérales post-opératoires rencontrées lors des abords étroits (Obs. n° 8 et n° 9) nous ont fait abandonner cet abord limité.

L'hemilaminectomie complète fut la plus rare possible alors qu'un curettage soigneux du disque était de règle.

Nous allons étudier successivement :

- l'étage ou les étages explorés.
- la largeur de l'espace.
- la fréquence et le type de hernie découverte ; et les incidences de ces divers facteurs sur le résultat final.

Pour les 21 échecs nous retrouvons une exploration :

| | |
|---|---|
| - isolée du disque L4 L5 | 11 fois |
| - isolée du disque L5 S1 | 3 fois |
| - des deux étages | 7 fois |

L'espace est signalé rétréci 8 fois et la hernie discale retrouvée 19 fois.

Le type de hernie rencontré joue-t-il un rôle important ?

| | Hernie extériorisée | | Hernie s/ligament. | | bombement discal | | Pas de hernie discale | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | nb. | % | nb | % | nb | % | nb | % |
| BONS | 27 | 71 % | 15 | 75 % | 6 | 66 % | 3 | 60 % |
| ECHECS | 11 | 29 % | 5 | 25 % | 3 | 34 % | 2 | 40 % |

Nous retrouvons un pronostic nettement favorable pour les cas où hernie discale est extériorisée ou sous-ligamentaire alors qu'il devient beaucoup plus douteux pour le simple bombement discal ou l'intervention blanche.

Pour les 5 cas sans hernie discale les lésions découvertes à l'intervention étaient les suivantes :

- adhérence de la racine au ligament vertébral postérieur : : 1 fois
- graisse péri-durale : 1 fois
- interventions blanches : 3 fois
  (mais l'un des malades se révélait par la suite être porteur d'une hernie L3 L4)

D'autre part, l'exploration sus ou sous-jacente pour la découverte de la hernie discale semble traumatisante et diminuer les chances de succès.

- 21 échecs : 7 explorations doubles - 5 résultats médiocres et mauvais.
- 51 succès : 9 explorations doubles - 7 résultats bons - 2 très bons.

En conclusion :

La découverte d'une hernie franchement extériorisée ou encore sous ligamentaire est de pronostic très favorable.

Les traumatismes opératoires paraissent aggraver le pronostic de l'intervention.

## CHAPITRE QUATRIEME

-:-:-:-:-:-

## Evolution clinique post-opératoire - Complications

---

### I - SOINS POST-OPERATOIRES

De façon générale, le lever des opérés avait lieu entre le 5ème et le 8ème jour. Le plus souvent, nous avions laissé les cannes anglaises au malade pendant deux semaines environ. Parfois, nous avons soutenu la région lombaire à l'aide d'un drap sanglé lors du lever.

#### A- Port d'un lombostat

- 4 malades sur 51 résultats favorables ont porté un lombostat.
- 7 malades sur 21 échecs dont 1 en permanence.

#### B- Rééducation

Elle ne fut jamais envisagée d'emblée, mais secondairement, et parfois seulement, pour renforcer la musculature latéro-vertébrale.

Elle fut donc le plus souvent employée dans les résultats immédiats insuffisants et

les échecs, sans l'aide d'un rééducateur, le malade faisant lui-même les mouvements.

Néanmoins, elle fut souvent utile lors des récidives, lointaines ou précoces, et largement prescrite alors avec les soins d'un rééducateur.

Donc, aucun rôle préventif réel ne peut être attribué à cette thérapeutique. Nous avons utilisé la rééducation :

- 16 fois sur 21 échecs
- 26 fois sur 51 succès.

Une fois même, la récidive sciatalgique fut déclenchée par une séance de rééducation un peu trop rude !

## II - PROFESSIONS APRES L'INTERVENTION

L'opération de hernie discale ayant un pronostic fonctionnel primordial, nous pouvons être très exigeants sur les résultats :

- 2 malades n'ont repris aucune activité professionnelle.
- 19 retravaillent mais après changement de métier afin d'abtenir un emploi plus doux compatible avec leurs séquelles.

Les travailleurs de force ont été les plus touchés puisque 40 % d'entre eux n'ont pu reprendre leur travail avec un rendement identique.

## III - COMPLICATIONS

Dans ce chapître, nous nous bornerons à énumérer les diverses complications rencontrées en suites opératoires ou à plus long terme et nous étudierons plus spécialement les récidives lombalgiques ou sciatalgiques en considérant :

- leur date d'apparition après l'intervention.
- leur mode de début.
- leur topographie.
- les signes d'examen associés
- les ré-interventions pratiquées.

### A- Paresthésies

20 cas soit 27 %, des opérés mais elles siègent le plus souvent sur le territoire de l'ancienne douleur et s'atténuent progressivement en quelques mois. Nous n'avons que 3 cas de paresthésies gênantes 1 an après l'intervention, soit 4 % des opérés.

### B- Hypoesthésies ou anesthésies localisées

4 cas, soit 8 %

### C- Crampes

4 cas, soit 8 % ; qu'il s'agisse de :

- crampes nocturnes le plus souvent et se répétant quotidiennement ou presque.
- ou de crampes éphémères.

D- Troubles génito-sphinctériens

2 cas, soit 4 %

Il s'agit de femmes frigides.

E- Troubles trophiques

4 cas, soit 8 %

F- Paralysie radiculaire

1 cas, soit environ 2 %

Mais cette paralysie est à placer dans le tableau de la maladie générale de cet homme atteint de sclérose latérale amyotrophique (dossier 24).

G- Thromboses

3 cas, soit 6 %

Le traitement anticoagulant donne toujours un résultat rapidement favorable.

Nous n'avons relevé aucune embolie pulmonaire.

H- Lombalgies

25 % des opérés.

- mineures : bien tolérées, car discrètes ou n'apparaissant qu'à la marche prolongée, l'effort ou le fatique, au prix du port d'un lombostat ou de séances persévérantes de gymnastique donnant 90 % de bons résultats.
  Un seul a dû changer de métier (dossier 19).
- majeures : deux cas ayant nécessité

un changement de métier et même subir une nouvelle exploration discale.
Les découvertes opératoires furent les suivantes :

a) fragment osseux mobile pseudarthrosé (dossier 23).
b) hypertrophie de l'apophyse épineuse de L3 (dossier 20).

I- Sciatalgies

17 cas, soit 23 % des opérés, mais la plupart de ces récidives n'ont été que fugaces et uniques.

1/ Date de survenue des douleurs

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| Moins de 1 mois | après | l'intervention | : | 7 fois |
| Moins de 3 " | " | " | : | 5 " |
| Entre 3 et 6 " | " | " | : | 0 " |
| Entre 6 et 12" | " | " | : | 2 " |
| Moins de 4 ans | " | " | : | 1 " |
| Moins de 6 ans | " | " | : | 2 " |
| Plus de 6 ans | " | " | : | 0 " |

Le nombre élevé de récidives ou rappels transitoires très précoces est expliqué par le lever entre le 5ème et le 7ème jour (5 cas sur les 7 ont eu leur crise sciatalgique lors du séjour à l'hopital).

La période de la première année semble être la plus critique pour les rechutes (14 sur 17).

Parmi les récidives précoces (14 cas), nous

avons 4 ré-interventions alors que pour les tardives (3 cas), les ré-interventions sont au nombre de 2. Donc très forte proportion chirurgicale dans les rechutes tardives.

2/ Topographie des douleurs

- Trajet identique à la sciatique ayant conduit à l'intervention : 12 fois sur 17.
- Sciatique du même côté mais étage différent : 1 fois.
- Sciatique du même étage mais côté différent : 4 fois.

Parmi ces 4 dernières :

- Trois furent d'apparition précoce et une tardive.
- Trois réagirent favorablement à la corticothérapie générale ou rachidienne (dossiers 1-9-10).
- Une ré-intervention jugée abusive pour oedème de la racine controlatérale.

3/ Découvertes opératoires

Sur les 17 récidives sciatalgiques, nous avons eu recours à la ré-intervention six fois :

- 4 sur les 14 précoces
- 2 sur les 3 tardives

D'après les lésions retrouvées à l'intervention, nous pouvons classer les opérations

en justifiées et abusives - pour les précoces.

+ justifiées : découverte d'un bloc fibreux comprimant la racine : 2 fois (dossier 6-8).

+ abusives : découvert d'un tissu fibreux inflammatoire engainant la racine controlatérale (dossier 7-9).
Dans ce deux cas, le ligament jaune avait été respecté du côté opposé, donc abord étroit et limité.
Un abord large où une injection intrarachidienne de corticoïde aurait évité, sans doute, ces deux ré-interventions.

Pour les 3 cas de récidive tardive, nous avons deux ré-interventions, le troisième cas ayant cédé à une corticothérapie générale (dossier 10).

Pour les deux autres cas, les interventions ont mis en évidence :

- Un bloc fibreux : 1 fois.
- Une hernie discale à un autre étage : 1fois.

En conclusion,

La corticothérapie, lors de récidives sciatalgiques doit toujours être utilisée au titre d'épreuve. En cas d'échecs, l'intervention révèle la véritable cause de la récidive douloureuse et ne met plus le chirurgien devant les lésions inflammatoires banales d'oedème.

La crainte d'un échec et d'une ré-intervention

tardive plus délicate ne doivent pas conduire précocement à une nouvelle exploration discale.

4/ Résultats post-opératoires

Pour les six ré-interventions pratiquées, nous avons obtenu 4 bons résultats et 2 moyens.

L'un de ces deux malades a été nettement amélioré depuis l'institution d'un traitement psychiatrique pour neurasthénie (dossier 14).

5/ Attitude thérapeutique devant les sciatalgies post-opératoires.

En conclusion des divers résultats et indications thérapeutiques énumérées au cours de cet exposé, nous résumons dans ce chapître notre attitude devant ces sciatalgies post-opératoires :

a/ Récidives post-opératoires

- Préventivement :

On doit chercher à éviter les rechutes sciatalgiques par les précautions suivantes :

- ne pas intervenir si V.S. élevée ou leucocytose
- intervention réglée : abord assez large bilatéral en reséquant les ligaments jaunes droit et gauche.

+ curetage très complet du disque

- lit dur - lever semi-précoce au 8ème jour et marche les premiers jours avec cannes béquillées surtout si sujet lourd.

- pas de rééducation dirigée mais gymnastique en cyphose 6 à 8 semaines après l'intervention et si possible sans ré-éducateur.

- Traitement curatif

Repos - antalgiques - anti-inflammatoires type Butazolidine, mais le Cortancyl est l'arme la plus efficace, associé au moindre doute aux antibiotiques car un sepsis larvé est toujours possible même sans fièvre et peut être responsable de la réapparition de la douleur.

Le Cortancyl intra-rachidien devrait être plus utilisé.

Dans quelques cas, il est difficile de faire le diagnostic entre récidive sciatalgique ou thrombose veineuse et le traitement anti-coagulant doit être entrepris.

Enfin, le bandage de toile serré et le lombostat plâtré sont certainement très efficaces et pourraient même parfois être appliqués préventivement ou au moindre réveil douloureux.

Les ré-interventions précoces ne devraient être décidées que devant un tableau schématique et principalement en cas de rechute après échecs de la corticothérapie.

b/ Les sciatiques tardives :

Ne sont pas exceptionnelles. Il semble bien qu'un opéré de hernie discale soit susceptible, même plusieurs années après son intervention, de refaire une sciatique, en particulier lors d'un effort ou un traumatisme lombaire violent.

La plupart de ces récidives répondent favorablement aux thérapeutiques médicales suivies de gymnastique en cyphose.

La ré-intervention ne sera décidée qu'en cas d'échec de ce traitement et après radiculographie objectivant la hernie.

Cependant, en cas de récidive hyperalgique brutale après un effort, on peut décider la ré-intervention d'emblée car le tableau clinique est très net et la hernie discale très probable.

# C O N C L U S I O N  G E N E R A L E

Après une revue de détail des diverses séquelles, nous constatons que bien peu d'interventions se soldent d'échecs véritables.

Pour les indications opératoires, en dehors de véritables urgences telles que

- sciatiques hyperalgiques
- sciatiques paralysantes, nous préférons attendre le délai de trois mois de thérapeutiques médicales bien conduites.

Passé ce trimestre d'attente, nous confierons au chirurgien :

- les sciatiques au tableau net, rebelles aux thérapeutiques médicales.
- les sciatiques au tableau incomplet si la sacco-radiculographie a mis en évidence la hernie discale.

Nous envisagerons toujours avec prudence l'intervention.

- d'un accident du travail
- d'un malade ayant des antécédents psychiatriques.

AU TOTAL, LE TRAITEMENT CHIRURGICAL DE LA HERNIE DISCALE DONNE PRESQUE 80 % DE RESULTATS SATISFAISANT LE MALADE.

# O B S E R V A T I O N S

-:-:-:-:-:-:-:-

N° 1 - Monsieur GUI..... 52 ans, cultivateur.

Lombalgique ancien. Sciatique gauche type S1.
Résection unilatérale du ligament jaune gauche.
Hernie certaine peu volumineuse (les 2 étages ont été explorés)

Soulagé dès le réveil.

Au 8ème jour, sciatique droite très vive, mais ne dépassant pas la fesse. Douleur à la toux.

Echec du repos.

Traitement : Aspirine - Butazolidine - Injection intrarachidienne d'hydrocortisone + Procaïne.

Soulagé le soir même. Très bon résultat tardif.

Remarque :

Récidive dûe à un oedème radiculaire probablement favorisé par l'unilatéralité de la résection ligamentaire.

N° 2 - Madame SAU.... 38 ans, employée de bureau.

Lombalgique depuis plus d'un an
Sciatique gauche hyperalgique type S1
Hernie discale L5 S1 entièrement extériorisée (résection des ligaments jaunes droit et gauche).

Soulagée dès le réveil.

Au 7ème jour : douleur dans la cuisse et le mollet "presque comme avant"

Traitement : Betrimax - Butazolidine sans effet.

Devant l'échec des autres thérapeutiques, mise au traitement anticoagulant puis Cortancyl per os.

Net soulagement. Récidive sciatalgique ou thrombose ?

Restée lombalgique longtemps Gymnastique en cyphose

Bon résultat tardif.

N° 3 - Monsieur FRO..... 59 ans, cultivateur, 105 Kgs.

Sciatique gauche hyperalgique type L5.
Hernie discale gauche évidente, en partie extériorisée (résection ligaments jaunes droit et gauche).

Très soulagé dès le réveil. Sorti le 12ème jour.

Au 16ème jour, après un voyage en voiture trop précoce : lombalgie hyperalgique sans irradiation sciatique.

Traitement : repos complet pendant 6 jours. Betrimax - Butazolidine, Medrocyl, puis lever avec gros bandage de toile très serrée et cannes anglaises.

Soulagement total.

Très bon résultat.

N° 4 - Madame DESCH..... 44 ans, commerçante.

Lombalgique depuis plus de 10 ans
Sciatique gauche rebelle type L5 (confirmée par radiculographie).
Hernie évidente sous-ligamentaire (résection ligament jaune gauche seul).
Intervention simple.

Soulagée au réveil mais progressivement, à partir du 12ème jour, réveil sciatique identique avec fourmillement intense dans tout le membre inférieur gauche. Lasègue.

Traitement : Butazolidine - Aspirine - Tandéril - Hydroxo 5000 sans grand résultat.

Confection d'un lombostat plâtré 6 semaines après l'intervention. Soulagement presque immédiat. Gardé 5 semaines. Très bon résultat.

N° 5 - Madame QUE..... 51 ans, ouvrière d'usine.

Sciatique droite rebelle type L5. Hernie discale évidente en partie extériorisée(résection des ligaments jaunes droit et gauche).

Soulagée dès le réveil.

Au 7ème jour, réapparition d'une douleur postérieure dans le membre inférieur droit et surtout le mollet.

Traitement : Bétrimax - Tandéril - Cortancyl puis anticoagulants.
A mélioration progressive et finalement bon résultat.

Réveil sciatalgique ou thrombose ?

N° 6 - Monsieur MAN..... 20 ans, ajusteur.

Septembre 1964 : Lombalgie non traumatique depuis 3 mois.
Apparition sciatique gauche type L5.

A l'examen . Pas de douleur à la toux.
Pas de point douloureux vertébral.
Lasègue 40°. Achilléen gauche aboli.
Topographie douloureuse douteuse allant jusqu'au tiers inférieur de la jambe.
Parésie - Paresthésie. Pas d'amyotrophie.
Vitesse de sédimentation normale.

Radiologie simple : Pincement discal L5 S1 gauche avec attitude scoliotique à convexité gauche.

Myélographie : Pas d'encoche évidente.
Trame de L4-L5 et du disque L4-L5 paraissant pathologique.

Repos 6 semaines en coquille.

Novembre 1964 : Reprise progressive du travail après disparition de la douleur.
Rechute de sciatique identique après quelques jours de travail.
Amélioration par gymnastique.

Février 1967 : Récidive sciatique L5 - Lasègue 45° - Douleur à la toux et en inclinaison latérale droite.

Intervention mettant en évidence une hernie discale en avant d'une grosse racine L5

Lever facile au 7ème jour.

Au 8ème jour nouvelle sciatique allant jusqu'au 5ème orteil.

Ré-intervention immédiate découvrant un paquet fibreux assez important extériorisé du disque comprimant l'aisselle de la racine.

Bon résultat.

7 - Madame QUE..... 45 ans, ménagère.

Octobre 1968 : Lombalgie ancienne.
Sciatique gauche S1 non traumatique.
Douleur allant jusqu'au 5ème orteil.

A l'examen : Amyotrophie du mollet gauche, Lasègue 70 °
Pas de parésie. Abolition Achilléen gauche.
Point douloureux latéro vertébral en L5 S1.

Radiographie simple :
Pincement L5 S1 avec osteophytose du côté gauche.

Intervention : Hernie discale extériorisée tendant la racine S1 gauche.
Disque non curetté car l'orifice n'a pas été retrouvé.

Soulagée dès le réveil. Lever facile au 5ème jour.

Au 6ème jour : douleur dans le mollet allant jusqu'au talon et bord interne du pied. Lasègue 50°

Re-intervention : Sac dural infiltré non battant au niveau de L5 S1
Racine S1 semble tendue, très volumineuse, un peu inflammatoire.
Curettage soigneux du disque dont l'orifice est retrouvé.
Exploration du disque sus-jacent ; racine L5 non tendue mais disque un peu bombant.
Ouverture du disque et début de curettage mais il n'existe pas de hernie.

Suites opératoires :
Pendant 8 jours : douleur du mollet et de la cuisse gauche cédant au Cortancyl per os.

Décembre 1968 : Très satisfaite. Pas de dysesthésies dans la jambe.
Légère sensibilité du bas du dos à l'effort,

Septembre 1969 : Quelques crampes nocturnes.
Pas de Lasègue. Pas d'amyotrophie mais légère diminution dans son activité physique.

Amélioration très nette par les antalgiques.

Monsieur CAUS..... 40 ans, couvreur.

Octobre 1969 : Lombalgies depuis deux ans.
Sciatique gauche depuis 6 mois type L5

A l'examen : Rachis souple. Douleur basse en L5 S1 inter-épineuse sans douleur en inclinaison latérale.
Parésthésies face postérieure du mollet et du pied.
Laségue 60°. Achilléen conservé.

Radiographie simple :
non démonstrative.

Radiculographie : Protrusion discale L4 L5 gauche refoulant les racines.

Intervention : Hernie discale évidente, tendant fortement L5, sous ligamentaire, avec petite éraillure du ligament.

Bonnes suites opératoires.

Décembre 1969 : Douleur lombaire basse très vive droite irradiant la jambe droite.
Laségue bilatéral mais 45° à droite.
Achilléen conservé.
Pas d'essai de traitement anti-inflammatoire et Cortancyl car antécédents d'ulcus gastrique.

Re-intervention : Pour récidive lombo-sciatique droite.
Au niveau de l'espace L4 L5, sac dural non battant enserré dans un fourreau fibreux
Laminectomie sus et sous jacente.
Extraction de quelques fragments fibreux par l'orifice discal.
Eraillure du disque qui n'est pas bombant.
Sac dural battant faiblement en fin d'intervention.

Février 1970 : Marche sans cannes anglaises.
Quelques crampes dans les mollets.
Rachis lombaire souple.

Avril 1970 : Pas de douleur à gauche ; parfois dysesthésies dans le mollet le soir à la chaleur.
Reprise de travail à mi-temps satisfaisante.

Remarque : Récidive conro-latérale sans doute favorisée par la conservation du ligament jaune droit.

Une intra-rachidienne d'hydrocortancyl auraut sans doute évité la re-intervention.

N° 9 - Madame CHA..... 45 ans, employée d'école.

Sciatique gauche type L5 rebelle depuis près d'un an.

Intervention malgré V.S. 25/52 et 10.600 globules blancs (78 Polynucléaires neutrophiles).
Résection du ligament jaune gauche.
Hernie discale évidente en grande partie extériorisée.
Excision et curettage du disque.
Intervention simple.

Soulagée de la sciatique gauche dès le réveil mais garde une lombalgie vive. Bonne cicatrisation. Température normale
Progressivement, vers le 10ème jour, lombo-sciatique droite hyperalgique, interdisant tout mouvement au lit. En fait, la douleur ne dépasse pas la cuisse droite. Lasègue bilatéral très douloureux.
Femme amaigrie - insomniaque - souffrant de façon continue.

Traitement : Alphintern - Betrimax - Butazolidine - Catalgine Hydroxo 5000

Re-intervention au 13ème jour facile car aucune cicatrisation.
Sac dural un peu congestif.
On resèque le ligament jaune du côté droit et on agrandit largement l'espace en mordant sur les lames.

Il n'existe pas de récidive de hernie, ni à droite ni à gauche mais on reséque un tissu inflammatoire au contact de la dure-mère.
Le sac bat facilement en fin d'intervention.

Mal soulagée au réveil. Antibiotiques et Solumédrol n'amènent qu'un soulagement relatif. Reprise difficile des mouvements et de la marche (21ème jour) chez une malade presque cachectique.

Après 40 jours, confection d'un petit lombostat plâtré léger qui transforme l'état fonctionnel.

Revue plus tard en consultation : porte toujours son lombostat, ne souffre plus du tout. Etat général transformé.

Commentaires :
Malade opérée malgré une V.S. élevée, une leucocytose et un état général médiocre.
L'intervention n° 1 a été satisfaisante mais on a laissé le ligament jaune du côté opposé, donc abord unilatéral étroit.
L'altération de l'état général s'est aggravé du fait de l'hyperalgie post-opératoire.
Un traitement de Cortancyl général avec antibiotiques et Cortancyl intra-rachidien associé à une immobilisation plâtrée aurait sans doute soulagé la malade.

N° 10 - Monsieur PET..... 44 ans, chauffeur poids lourds.

10 Octobre 1964 : Sciatique gauche récidivante depuis plusieurs années.
Crise hyperalgique type L5.

20 Octobre 1964 : Hernie discale évidente extériorisée du disque.
Curettage du disque. Soulagé dès le réveil.

4 Janvier 1965 : Reprise de travail mais reste un peu lombalgique.
Gymnastique. Changement de métier.
Très satisfait mais garde une parésie des releveurs du pied gauche.

Juin 1966 : Rechute de lombo-sciatique type L5 mais droite.
Douleur ne dépassant pas le tiers supérieur de la jambe.

Traitement :
Repos sur un lit dur.
Butazolidine - Cortancyl général puis gymnastique en cyphose.
Amélioration rapide et définitive.

Rien à signaler depuis cette date.

N° 11 - Madame REN..... 33 ans.

Sciatique gauche rebelle type L5.

12 Juin 1959 : Intervention
Grosse hernie discale extériorisée.
Curettage du disque.
Soulagée dès le réveil.

3 Décembre 1963 : Récidive de lombo-sciatique gauche à la suite d'un effort ; exactement de même type L5.
Nouvelle myélographie : pas de hernie discale.
Repos sur un plan dur.
Cortancyl intra-rachidien.
Soulagée rapidement.

Revue depuis : Satisfaite mais moins parfaitement depuis la rechute.

N° 12 - Monsieur REN..... 30 ans, commerçant.

Janvier 1969 : Lombo-sciatique gauche type L5.

Intervention :
Hernie discale volumineuse.
Soulagé dès le réveil. Sortie autorisée le 13ème jour.
Vagues dysesthésies dans le mollet.

Juillet 1969 : Récidive peu intense pendant ses vacances en voiture.
Repos. Lit dur. Hydroxo 5000.
Soulagement rapide et définitif.

N° 13 - Monsieur PIT..... 31 ans, employé de laiterie.

Lombalgique depuis 5 ans.
Sciatique droite depuis deux ans avec crises fréquentes.
Douleur à l'effort et à la toux allant jusqu'au mollet, jamais jusqu'au pied.

Octobre 1964 : Rachis raide avec légère scoliose lombaire droite.
Point douloureux latéro-vertébral droit .
Lasègue 35° à droite - 85° à gauche.
Réflexes achilléens conservés. Pas de troubles sensitifs ou trophiques.

Myélographie : non démonstrative.

Intervention :
Hernie discale sous ligamentaire type L5.
Simples paresthésies jambe droite pendant un mois.

Novembre 1968 : Récidive de lombo-sciatique droite hyperalgique à l'occasion d'une quinte de toux. Topographie et côté identique à la crise de 1964.

Re-intervention :
Racine L5 extrêmement tendue par un gros fragment fibreux sequestré.
Curettage du disque qui ramène encore plusieurs gros fragments.

Janvier 1969 : Conserve une lombalgie bilatérale avec attitude déhanchée du bassin.
Lombostat platré 6 semaines.
Très satisfait depuis.

N° 14 - Madame VER..... 32 ans, cultivatrice.

Sciatique gauche rebelle depuis deux ans et aggravée par la première grossesse.
Au 4ème mois de la seconde grossesse : douleurs très précises en arrière irradiant jusqu'au talon et gros orteil.
Laségue 50°. Réflexe achilléen conservé.
Légère irradiation dans la jambe droite.
Les infiltrations locales d'hydrocortancyl n'ont calmé que très passagèrement la malade.
Après avis du gynécologue on envisage la cure chirurgicale dès maintenant car la malade ne dort plus, ne mange pas, ne peut se tenir ni assise ni couchée.

27 Février 1962 :

Intervention délicate sur une femme enceinte de 5 mois et demi que l'on n'a pas osé casser de trop, si bien que les espaces sont étroits.
Hernie L5 S1 basse découverte très difficilement après hemi-laminectomie.
Hémorragies veineuses peri-duremériennes gênantes.

Soulagée au réveil mais vers le 10ème jour la douleur est revenue aussi violente qu'avant l'intervention.
Une infiltration intra-rachidienne (cortancyl + xylocaïne) a été pratiquée sans grand résultat.
Reste alitée et souffrante plus ou moins jusqu'à l'accouchement.

17 Mai 1962 :

Depuis l'accouchement qui s'est très bien passé, la malade reste hyperalgique.
Abolition du reflexe achilléen gauche.

Myélographie : Saillie discale en L4 L5 sur le profil.

22 Mai 1962 :

Re-intervention :
Exploration négative du disque L4 L5. On se porte à l'étage sous jacent.
Découverte d'une hernie discale para-médiane gauche visible en écartant seulement à fond le sac dural et la racine L5.
Excision de la hernie et curettage du disque.

Soulagée assez rapidement mais conserve pendant plusieurs semaines des lombalgies et dysesthésies dans le mollet gauche.

Malade psychasthénique très améliorée par un traitement psychiatrique.

Actuellement : N'a plus souffert de sa sciatique mais conserve encore quelques lombalgies et vagues douleurs dans la jambe.

N° 15 - Monsieur BOU..... 42 ans, monteur poteaux télégraphiques.

27 Juillet 1956 : Sciatique gauche S1 traumatique (accident du travail).
Achilléen aboli. Laségue 35° - Rachis raide.

Myélographie : non démonstrative. Hernie L5 probable.

Intervention :
Hernie discale S1 glissée sous le sacrum.
Tissu graisseux peri-duremérien très inflammatoire et saignant facilement.
Hématome suppuré dans les suites opératoires.

Août 1956 : Récidive sciatique identique après une séance de rééducation trop violente.

Octobre 1963 : Reste lombalgique avec douleur à la toux dans le territoire de son ancienne sciatique.

Arrêt total des activités.

Non revu depuis cette date. Aucun renseignement.

N° 16 - Monsieur CHAUV..... 25 ans, ouvrier agricole.

Lombalgique depuis 3 ans.
Apparition progressive d'une sciatique gauche depuis 3 mois de topographie L5 nette.
Laségue 55°. Achilléen conservé. Troubles sensitifs type L5.
Rachis raide sans inflexion lombaire antalgique.

Radiographie simple :
Pas de signe de hernie discale.
Ebauche de sacralisation L5 gauche.

Myélographie :
Hernie discale L4 L5 gauche.

Intervention :
Hernie assez volumineuse sous ligamentaire espace L4 L5.
Curettage du disque sans exploration de l'espace L5 S1.
Greffe lombo-sacrée L4 S2.
Coquille platrée pendant 3 mois.
Lombostat pendant la première année.

Satisfait mais conserve une lombalgie ayant entraîné un changement de métier.

N° 17 - Monsieur LEF..... 33 ans, agriculteur.

Lombalgique depuis plusieurs années.
Sciatique gauche S1 provoquée par un effort (non accident de travail).
Topographie typique S1 avec attitude antalgique et rigidité rachidienne. Laségue 50°.

Radiographie simple :
Hernie discale L5 S1 probable.

Intervention :
Explorations des deux espaces avec rétrécissement au niveau de L5.
Hernie discale sous ligamentaire en L5 S1.

Lever facile au 7ème jour.

Paresthésies persistantes depuis un an dans la jambe gauche.

N° 18 - Madame LOU..... 43 ans, cultivatrice.

1953 : Sciatique droite type L5 ayant cédé au repos.

Février 1963 : Sciatique droite type L5 rebelle.
Laségue 65°. Achilléen conservé.
Confirmation de la hernie discale L4 L5 par myélographie.

Intervention :
Hernie discale évidente L4 L5 tendant la racine L5.

Mars 1963 : Douleurs du mollet droit améliorées par la Butazolidine et les anti-coagulants (Thrombose ou sciatique ?).

Mai 1963 : Très satisfaite mais garde quelques séquelles de la myélographie (céphalées occipitales et vertiges).
Douleur lombaire à la toux, mais gros travaux de ferme.

Janvier 1964 : Ebauche de sciatique gauche mais pas de Laségue et Achilléen conservé. Rachis souple.
Résultat rapidement favorable par repos et gymnastique en cyphose.

Octobre 1965 : Hysterectomie totale pour adeno-carcinome.

Février 1968 : Souffre pied et main droite avec douleur à la pression.
Métastase osseuse probable. Pas de nouvelle sciatique.

N° 19 - Monsieur SOR..... 17 ans, menuisier.

Janvier 1967 : Lombalgie lors d'un effort de soulèvement d'une poutre. (accident de travail).
Sciatique gauche peu de temps après.

Juin 1967 : Sciatique gauche type L5 rebelle depuis 6 mois.
Rachis très douloureux et raide. Point douloureux para-vertébral en L5.
Laségue 25° - Achilléen conservé.
Topographie douloureuse type L5 allant jusqu'au gros orteil.
Légère parésie du releveur du gros orteil du pied gauche.

Radiographie simple :
Baillement de l'espace L4 L5 gauche.

Intervention :
Hernie discale extériorisée en avant de L5.

Décembre 1967 : Lombalgie persistante depuis la reprise du travail.

Nettement soulagé par le lombostat platré gardé six semaines mais ne peut reprendre son ancien métier.

Pas de nouvelle crise douloureuse depuis cette date.

N° 20 - Monsieur VAL..... 29 ans, terrassier.

Lombalgie depuis 3 ans.
Deux crises de sciatique en moins d'un an ; la première déclenchée par un effort en soulevant des pavés. (accident de travail).

2 Novembre 1966 :
Lombo-sciatique gauche type S1, avec parésthésies de la jambe droite.
Rigidité du rachis avec points douloureux para-vertébraux gauche L5 S1.
Lasègue 75° à gauche. Rien à droite.
Reflexe achilléen aboli à gauche, faible à droite.
Parésie et paresthésies du membre inférieur droit entraînant une boiterie.

Radiographie simple :
Pas de pincement discal.

Radiculographie :
Le diagnostic de tumeur médullaire est avancé mais l'exploration discale est néanmoins décidée.

Intervention :
Volumineuse hernie entièrement extériorisée et située en arrière du corps de L4.
Curettage soigneux.

Février 1967 :
Reste lombalgique à la fatigue.
Pas de nouvelle sciatique.

Avril 1967 :
Confection d'un corset platré puis d'un lombostat car il n'était que très légèrement amélioré par la gymnastique.

Octobre 1967 :
Lombalgie persistante.
Paresthésies jambes et pieds droit et gauche.
Point douloureux au dessus de la cicatrice.

Arrêts de travail fréquents.

Deux hypothèses :
1 - Persistance d'un fragment discal provenant de L4 L5.

2 - La radiographie montrait une hypertrophie de l'apophyse épineuse de L3 avec hypertrophie des lames de l'arc postérieur. La douleur pouvant être causée par un rétrécissement du canal vertébral à ce niveau.

Juin 1969 :
Arrêt de travail depuis deux ans.
Resection de l'épineuse de L3 qui est hypertrophiée. Origine?

Amélioration très nette et reprise du travail possible sans douleur.

N° 21 - Monsieur REN..... Marcel 43 ans.

Lombalgie depuis 6 mois.
Sciatique gauche L5 depuis 3 mois non traumatique.

Topographie douloureuse peu nette car s'arrêtant au mollet et abolition de l'achilléen gauche (L5 ou S1 ?)
Pas d'attitude antalgique. Pas de points douloureux.
Rachis souple. Laségue 50°.

Myélographie :
Affirmant une hernie discale en L4 L5.

Intervention :
Simple.
Hernie discale L4 L5 extériorisée.
Lever facile au 6ème jour.

8 mois plus tard : récidive de sciatique lors d'un effort.

Topographie identique mais plus nette : L5 gauche cédant rapidement aux antalgiques.

Pas de nouvelle récidive depuis 3 ans.

N° 22 - Monsieur OSM..... Areski 22 ans, travailleur de force.

Lombo-sciatique droite depuis 4 mois déclenchée par un effort violent avec chute sur les fesses. (accident de travail).

Douleur de topographie imprécise, plutôt S1 avec abolition de l'Achilléen droit.
Rachis raide avec attitude antalgique et points douloureux latéro-vertébraux en L5 S1.
Parésie du releveur du gros orteil droit.

Myélographie :
Non significative.

Exploration discale :
Négative. Les deux étages ont été explorés soigneusement.

Lever au 6ème jour facile mais peu soulagé.

Au 4ème mois : parésthésies persistantes depuis l'intervention.
Lombalgies transitoires entraînant des arrêts de travail fréquents malgré la gymnastique.

Le traitement symptomatique habituel n'amène aucune amélioration - d'après le malade - mais devant le tableau peu convaincant et l'allure revendicatrice du malade, rien n'est tenté.

Au 5ème mois reprise de travail. Aucune douleur depuis.

N° 23 - Monsieur GOD..... 38 ans, ouvrier d'usine.

Lombalgie depuis plusieurs années.
Sciatique droite depuis 8 mois.

1er Janvier 1966 :
Douleur sciatique allant jusqu'au gros orteil.
Rigidité du rachis et point douloureux droit en regard de L5
Paresthésies. Lasègue 50° - Achilléen conservé.

Myélographie :
non pratiquée car malaise après la ponction lombaire.

7 Juin 1966 :
Intervention :
Disque tendu. Bombant, mais pas de hernie extériorisée.
Après incision du disque au tenotome, la hernie monte et s'extériorise d'elle-même.
Curettage soigneux du disque qui semble sphacélé.
Lombalgie précoce sans sciatique dans le 1er mois.

13 Octobre 1966 :
Douleur importante au niveau de D7 D8

Radiographie :
Discarthrose modérée.
Début sciatique gauche.
Traitement : repos - Butazolidine - Cortancyl.

23 Janvier 1967 :
Récidive de sciatique droite.
Pas de hernie discale visible à la Myélographie.

24 Avril 1967 :
Lombostat 6 semaines.
Très amélioré.

6 Mars 1968 :
Dorsalgie remontant jusqu'aux omoplates et douleur type crurale ou obturatrice impulsive à la toux au niveau de la face antéro-interne de la cuisse droite avec nette douleur obturatrice sous la région crurale.
Hésite à se porter sur la hanche droite mais mobilité normale.
Douleur crurale et non sciatique mais exagérée par la toux.
Epineuse de L4 douloureuse.
Radiculographie non acceptée.

6 Décembre 1968 :
Re-intervention :
Fragment osseux mobile, comme pendarthrosé, entre les épineuses L3 L4. Résection de ce fragment osseux.
Exploration négative des disques L2 L3 et L3 L4.

21 Février 1969 :
Amélioration stable à ce jour.

N° 24 - Monsieur GUE..... 53 ans, artisan électricien auto.

1967 : Radiographie :
Arthrose cervicale et lombo-sacrée avec bascule des 4ème et 5ème lombaires.

1968 : Lombalgie. Parésie et douleurs des membres inférieurs depuis 10 ans.
Steppage des deux pieds avec amyotrophie bilatérale des loges antéro externe de la jambe.
Paralysie du releveur du gros orteil à droite.
Reflexes ostéo-tendineux normaux. Pas d'anesthésie en selle.
Pas de troubles sensitifs. Liquide céphalo-rachidien normal.

Hypothèse :
Vieille hernie discale L4 L5 médiane au stade de paralysie.

Myélographie :
Hernie discale L4 L5 probable.

10 Décembre 1968 :
Intervention :
Pas de hernie discale mais disque très serré avec un gros rebord osseux ostéophytique assez saillant reséqué à droite et à gauche.
Amélioration subjective uniquement car aucune modification des signes objectifs malgré la rééducation en centre spécialisé.
Disparition des lombalgies.

Octobre 1969 :
Démarche de plus en plus pénible.
Amyotrophie gagnant la cuisse et le quadriceps.
Pas de troubles sensitifs ou neurologiques aux membres supérieurs.

Diagnostic :
Sclérose latérale amyotrophique à forme pseudo-polynévritique.

N° 25 - Monsieur MOIS..... 44 ans, travailleur de force.

Lombalgique depuis plusieurs années.
Sciatique droite type S1 pure depuis 6 mois et rebelle aux divers traitements médicaux.

A l'examen :
Topographie douloureuse très précise allant jusqu'au 5ème orteil et s'accompagnant d'une abolition du réflexe Achilléen droit.
Rigidité du rachis avec inflexion lombaire antalgique et points douloureux para épineux droit au niveau de S1.

Radiographie simple :
Rend évident la hernie discale L5 S1.

Intervention :
Hernie sous ligamentaire du disque L5 S1.
Exploration des deux étages. Curettage soigneux.

Récidive sciatique droite de topographie identique le soir même de l'intervention.

Résultat favorable définitif de l'intra-rachidienne de Cortancyl.

N° 26 - Monsieur MAU..... 39 ans.

1953 : Lombo-sciatique droite (micro-traumatismes).

1966 : Sciatique droite type L5
Rachis très raide et sensible. Laségue 50°.

Myélographie :
Impossible car sujet éthylique très nerveux.

Mars 1966 :

Intervention :
Boursement discal sans hernie typique.
Exploration L5 S1 - Disque non tendu.

Soulagé de sa sciatique droite dès le lendemain.

Avril 1966 :
Légère sciatique droite. Rachis souple.
Traitement antalgiques. Gymnastique en cyphose.

Juin 1966 :
Reste lombalgique.

Décembre 1966
Chute de plusieurs mètres (électrocution) entraînant une douleur vive de la charnière lombo-sacrée.

Radiographie :
Pas de lésion osseuse visible.

Traitement : catalgine + gymnastique calment les douleurs

Juin 1969 :
Attitude vicieuse du rachis lombaire.
Pas de douleur à la toux. Réflexes Achilléens et rotuliens normaux.
Refuse la radiculographie malgré le diagnostic vraisemblable de hernie discale L3 L4.

Juillet 1969 :
Reprise du travail. Souffre moins.

N° 27 - Soeur LUC..... 35 ans, institutrice.

Lombalgique depuis plus d'un an.
Sciatique droite d'apparition spontanée type L5 depuis 5 mois.

A l'examen :
Douleur de topographie L5 douteuse s'arrêtant au tiers inférieur de la jambe.
Rachis raide et douloureux avec inflexion antalgique.

Radiographie simple :
Non démonstrative.

Myélographie :
Hernie discale L4 L5 évidente.

Intervention simple :
Hernie entièrement extériorisée du disque L4 L5.

Suites simples. Lever facile au 6ème jour. Crampes nocturnes assez gênantes.

Récidive sciatalgique deux mois après l'intervention lors d'un effort prolongé.
Réponse favorable et définitive aux antalgiques.

Vu, le Président de Thèse

Vu et permis d'imprimer :

Le Doyen de la Faculté Mixte
de Médecine et de Pharmacie de
CAEN